UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1951 N° 108

A propos de trois cas D'UTERUS DOUBLE

THÈSE

Pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement en Novembre 1951

PAR

François GREZE

MEMBRES DU JURY. ...
- MM. VIRENQUE, *Président.*
- SOREL R. — *Assesseurs.*
- DIEULAFÉ — *Assesseurs.*
- RIEUNAU — *Assesseurs.*
- LAPORTE J. — *Suppléant*

TOULOUSE
IMPRIMERIE TOULOUSAINE
(Vve LION ET FILS)
2, Rue Romiguières, 2
—
1951

GREZE (François).

A propos de trois cas d'Utérus double.

Toulouse, 1951, Imp. Toulousaine in-8° 64 pages.

Thèse Médecine, Toulouse, 1951, n° 108.

GREZE (François).

A propos de trois cas d'Utérus double.

Toulouse, 1951, Imp. Toulousaine in-8° 64 pages.

Thèse Médecine, Toulouse, 1951, n° 108.

GREZE (François).

A propos de trois cas d'Utérus double.

Toulouse, 1951, Imp. Toulousaine in-8° 64 pages.

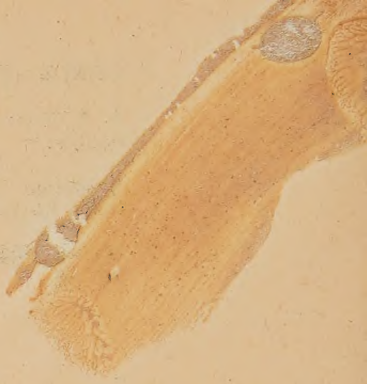
Thèse Médecine, Toulouse, 1951, n° 108.

GREZE (François).

A propos de trois cas d'Utérus double.

Toulouse, 1951, Imp. Toulousaine in-8° 64 pages.

Thèse Médecine, Toulouse, 1951, n° 108.



A PROPOS DE TROIS CAS

D'UTERUS DOUBLE

UNIVERSITE DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

Doyen	MM. LEFEBVRE
Assesseur	BRUSTIER
Doyens honoraires	GORSE, CALVET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. RISPAL, MERIEL, RIBAUT
LAFFORGUE, VALLOIS, SERR, GARIPUY

PROFESSEURS

Clinique de neurologie et de psychiatrie	MM. RISER
Clinique médicale	TAPIE (N...)
Clinique obstétricale	GUILHEM
Physiologie	SOULA
Clinique chirurgicale et du cancer	DUCUING
Physique biologique et médicale	BUGNARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NANTA
Chimie et Toxicologie	BRUSTIER
Pathologie générale et médecine expérimentale	SENDRAIL
Clinique chirurgicale et gynécologique	LEFEBVRE
Anatomie	LAZORTHES
Histoire naturelle	DELAS
Clinique médicale infantile et puériculture	SOREL (R.)
Pharmacie	CAUJOLLE
Pathol. interne et clinique des maladies de la tuberculose	MOREL
Bactériologie, hygiène, médecine sociale	ANDRIEU
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	VIRENQUE
Clinique des maladies des voies urinaires	FABRE (P.)
Matière médicale	VINCENT
Hydrologie thérapeutique et climatologie	MERIEL
Anatomie pathologique	FABRE (J.)
Clinique oto-rhino-laryngologique et chirurgie	CALVET
Clinique ophtalmologique	CALMETTES
Chimie biologique	VALDIGUIE
Médecine légale et du travail	PLANQUES
Histologie et embryologie	BROUSSY
Médecine sociale	BOUNHOURE
Thérapeutique	GADRAT
Pathologie chirurgicale	GRIMOUD
Stomatologie	CADENAT
Professeur à titre personnel	BAISSET
Chimie pharmaceutique	BLANC ch. de f.

PROFESSEUR SANS CHAIRE

Anatomie	M. COULOUMA

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS

Anatomie	MM. POULHÈS
Histologie	BIMES
Sciences Naturelles	BOUISSET
Bactériologie	Mme ENJALBERT
Chimie Biologique	MM. POLONOVSKI
Physique Médicale	AUVERGNAT
Pharmacie	COUTURIER
Botanique	Mme DULUCQ-MATHOU

AGRÉGÉS

Médecine	MM. DARNAUD, GÉRAUD, DARDENNE, LAPORTE, BAUDOT.	MM. RIEUNAU, DIEULAFE, DAMBRIN (P.) — Chirurgie
Ophtalmologie		MM. DEODATI
Physique Médicale		MARQUÈS
Obstétrique		PONTONNIER
O. R. L.		CLAUX
Urologie		LHEZ

COURS COMPLEMENTAIRES

Cours d'obstétrique aux élèves sages-femmes	MM. GUILHEM
Chimie pathologique	VALDIGUIÉ
Chimie biologique	DOUSTE-BLAZY
Chimie minérale	BLANC
Physique pharmaceutique	AUVERGNAT
Dermatologie et syphiligraphie	BAZEX
Législation pharmaceutique	BOUISSET
Tuberculose	MOREL
Chirurgie pulmonaire	DAMBRIN (P.)
Parasitologie	BAUDOT
Cryptogamie	Mme DULUCQ-MATHOU
Chimie analytique	MM. BLANC
Hydrologie et Géologie	ASTRE
Anatomie médico-chirurgicale	THOMAS
Pharmacodynamie médecine	BAISSET
Pharmacodynamie pharmacie	CAUJOLLE
Hygiène	LAPORTE
Urologie	LHEZ
Ophtalmologie	DEODATI
Neuro-Chirurgie	LAZORTHES
Mycologie	MORQUER
Psychiatrie	GAYRAL
Physiologie	LAPORTE (Y.)
Histologie	PLANEL
Secrétaire de la Faculté	M. ARGILAS

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats.
(Délibération en date du 12 mai 1891).

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1951 N° 108

A propos de trois cas D'UTERUS DOUBLE

THÈSE

Pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement en Novembre 1951

PAR

François GREZE

MEMBRES DU JURY..... MM. VIRENQUE, *Président.*
SOREL R.
DIEULAFÉ } *Assesseurs.*
RIEUNAU
LAPORTE J. *Suppléant*

TOULOUSE
IMPRIMERIE TOULOUSAINE
(Vve LION ET FILS)
2, Rue Romiguières, 2

1951

RIJKS-
UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

A MA GRAND-MÈRE

A MA MÈRE — A MON PÈRE

A MA FEMME

A MES BEAUX-PARENTS

A MA SŒUR — A MON FRÈRE

A MON BEAU-FRÈRE

A TOUTE MA FAMILLE

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR VIRENQUE

Professeur de Clinique Chirurgicale infantile et Ortopédie
Chirurgien des Hôpitaux
Professeur agrégé à la Faculté de Toulouse

qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

AUX MEMBRES DE NOTRE JURY DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR SOREL

Professeur de clinique chirurgicale infantile et puériculture

Chevalier de la Légion d'Honneur

MONSIEUR LE DOCTEUR DIEULAFÉ

Professeur agrégé à la Faculté de Toulouse

MONSIEUR LE DOCTEUR RIEUNAU

Professeur agrégé à la Faculté

MONSIEUR LE DOCTEUR LAPORTE

Professeur agrégé à la Faculté

En hommage de respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Docteur GERMAIN

Professeur agrégé du Val-de-Grâce

Professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de Médecine de Clermont-Ferrand

A Monsieur le Docteur BOURDEIX

Chirurgien assistant des Hôpitaux de Clermont-Ferrand

A Monsieur le Docteur LACOSTE

Chef de clinique des Hôpitaux de Clermont-Ferrand

dont les conseils éclairés nous ont permis de mener à bien cet ouvrage.

Avec toute notre respectueuse reconnaissance.

A TOUS NOS MAITRES
DE L'ECOLE DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX
DE CLERMONT-FERRAND

A TOUS NOS PROFESSEURS
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE TOULOUSE

A TOUS LES MÉDECINS
DE L'HOPITAL CIVIL DE VICHY

Aux Docteurs PIERRE COUCHARD
et GUY TESSIER

INTRODUCTION

Nous avons eu l'occasion de voir opérer dans le Service de Clinique Chirurgicale de Monsieur le Professeur GERMAIN, trois malades qui présentaient des *utérus anormaux du type double.*

Dans la littérature ces malformations ont été étudiées surtout du point de vue obstétrical.

Pourtant, en dehors de la gestation, les utérus doubles posent des problèmes diagnostics et thérapeutiques difficiles.

A l'occasion de ces trois observations, nous voudrions analyser la valeur des différents signes qui amènent ces malades au chirurgien et essayer de préciser quel type d'intervention peut-être utilisée dans le but de corriger la malformation et de conserver à ces opérées la possibilité de grossesses.

Nous exposerons en premier lieu nos observations.

Puis, après un bref rappel historique, nous étudierons successivement :

— le développement embryologique de l'utérus, et l'étiologie;

— la physiologie des utérus doubles;
— les complications entraînées par les utérus doubles;
— ce qui amène la femme à consulter;
— comment et quand va-t-on intevenir.

OBSERVATION I

UTÉRUS DOUBLE ET SALPINGITE

Il existe, chez la malade, deux hémi-utérus parfaitement développés.

Il existe d'autre part une anomalie des voies génitales et en particulier du vagin.

Cette malformation génitale a fait l'objet de deux interventions. Dans l'ordre chronologique :

— Une intervention correctrice sur les voies génitales basses.

— Une intervention d'urgence pour syndrôme abdominal aigu, ultérieurement.

La première intervention a été demandée par la malade en juillet 1947, dans le but de corriger une malformation génitale externe.

La vulve présente une morphologie normale. Mais le vagin est pratiquement inexistant.

Il existe un vestibule qui se termine par un cul de sac.

Les règles, très douloureuses, s'écoulent par un pertuis visible à l'examen sur la paroi vaginale antérieure.

Le toucher vaginal, pratiquement impossible ne donne aucune sensation.

Intervention :

qui a pour but de reperméabiliser l'espace entre rectum et vessie.

Après incision de la paroi vaginale antérieure, on essaie un décollement entre vessie et rectum pour essayer de découvrir un col utérin.

La zone d'adhérence vessie-rectum est très serrée et les manœuvres de clivage difficiles. Au cours de ces manœuvres : effraction de la vessie sur sa paroi postérieure. On la suture immédiatement.

Le décollement poursuivi au loin vers le haut ne permet pas de percevoir le col utérin.

On perçoit, à travers les tissus, une masse un peu latéralisée du côté gauche qui paraît être le corps utérin. On termine en méchant la nouvelle cavité et en drainant la vessie par sonde.

En définitive, la cavité vaginale a été simplement aggrandie vers le haut.

Les suites ont été simples.

Deux ans après, en mai 1950, cette dame est amenée d'urgence, avec température, douleurs abdomino-pelviennes contracture : donc syndrôme abdominal aigu.

L'intervention

par médiane montre une péritonite diffuse avec pus abondant dans le petit bassin, et qui est en rapport avec une annexite bilatérale.

Les annexes plongent dans le petit bassin et l'on est en présence d'un amas inflammatoire où trompes, ovaires, épiploon sont amollis et garnis de fausses membranes.

On libère progressivement les annexes.

Et l'on s'aperçoit que : annexes gauches et annexes droites, une fois libérées et extériorisées de la cavité pelvienne, font corps, de chaque côté, avec un utérus, ou plutôt un hémi-utérus qui « monte » avec les annexes correspondantes.

Une fois la libération achevée, on se rend parfaitement compte qu'il existe deux corps utérins bien distincts.

Le bord externe est normalement constitué.

L'angle utérin est relié en avant à la paroi latérale du pelvis par un ligament rond d'aspect normal.

Cet angle se continue par une trompe et l'ovaire est relié à l'utérus par un ligament utéro-ovarien.

On fait le bilan des lésions inflammatoires :

— la trompe gauche, du volume d'une grosse mandarine, et très inflammatoire, est enlevée ;

— l'ovaire gauche peut être conservé ;

— du côté droit, les lésions inflammatoires ne permettent aucune conservation. On fait donc l'exérèse, non seulement des annexes droites, mais aussi de l'hémi-utérus droit.

L'isthme utérin est en forme de fourche. Après ligature de l'artère utérine droite, on coupe cet isthme et on le ferme au catgut.

Après assèchement et pénicilline dans l'abdo-

men, on ferme sur drain. Les suites sont simples et la malade quitte la clinique au 18e jour.

— L'examen de la pièce a montré l'évidence de la salpingite. Ces trompes sont d'ailleurs gorgées d'une pus jaunâtre. L'analyse et la culture ont mis en évidence :

de nombreux leucocytes,
la présence de coli
et de staphylocoques dorés.

Sur la cause de cette infection, nous ne pouvons faire que des hypothèses :

A première vue, il semble difficile d'admettre un apport exogène de germes et une infection par voie ascendante, ce qui amène à envisager une infection d'origine hématogène.

Mais il ne faut pas oublier que cette malade avait périodiquement ses règles. Or, au cours de la première intervention, le conduit atrophique permettant l'écoulement menstruel n'a pu être anatomiquement suivi.

Il est donc possible qu'il y ait eu rétention de sang au niveau des voies génitales supérieures, rétention qui peut avoir favorisé l'infection.

OBSERVATION II

MALFORMATION UTÉRINE ET GROSSESSE TUBAIRE

M. V., 28 ans : aucun antécédent notable. Réglée à 13-14 ans. Opérée en février 1947 our syndrôme abdominal d'interprétation difficile.

Sous anesthésie générale, on fait une médiane sous-ombilicale.

— A l'ouverture du péritoine, on constate la présence de sang et de caillots dans la cavité abdominale, et on pense qu'il s'agit d'une grossesse extra-utérine.

En effet, on se rend compte que la source de l'hémorragie est la trompe droite.

— On perçoit du côté droit une trompe volumineuse, gorgée de caillots qui s'extériorisent par l'orifice tubaire. Cette trompe coiffe un ovaire de taille et de volume habituels. Mais trompe et ovaire sont en position très anormale.

— Ils sont isolés sur la paroi pelvienne. contre les vaisseaux illiaques;

— ils paraissent n'avoir aucune connexion avec l'utérus. L'utérus lui-même est d'ailleurs anormal par sa situation, sa taille, sa conformation;

— il est situé entièrement dans la partie gauche du pelvis;

— il est de volume très minime, très au-dessous de la normale, à peu près, comme une noix. Il a sensiblement 2 cm., 5 de haut;

— non seulement il est petit, aplasique, atrophique, déjeté vers la gauche, mais encore toute la partie droite semble manquer;

— l'angle utérin gauche est bien net. La trompe gauche et l'ovaire gauche sont parfaitement normaux.

Le ligament rond du côté gauche est bien visible.

Mais si l'on suit le dôme utérin du côté droit, on se rend compte qu'il n'existe pas d'angle utérin et que le bord supérieur de l'utérus s'infléchit en bas, à peu près sur la ligne médiane, verticalement sur un ou deux centimètres.

Puis il se prolonge vers la droite par un cordon fibreux que l'on suit mal en arrière de la vessie et qui remonte vers la droite sur la paroi latérale du pelvis, en direction de la trompe et de l'ovaire droits.

Avant qu'il atteigne les annexes droites ce cordon présente un épaississement, d'où s'échappe un ligament rond qui est net et bien différencié.

Puis, en abordant la paroi latérale du pelvis, il disparaît presque complètement. On le perçoit seulement au doigt et il semble atteindre la trom-

pe et l'ovaire droits qui paraissent ainsi suspendus et isolés à distance de l'utérus.

L'exérèse de la trompe droite et de l'ovaire droit se fait sans difficulté, après ligature du pédicule latéral qui est normal et croise les vaisseaux illiaques.

On assèche le sang qui est répandu dans le Douglas et la grande cavité, et on ferme en trois plans sur un drain.

La trompe est examinée. Elle est gorgée de débris placentaires et présente l'aspect que l'on trouve dans toute grossesse extra-utérine.

La guérison se fait dans les délais.

Il s'agit d'un utérus resté double, ou plus exactement de deux hémi-utérus, l'un gauche et l'autre droit.

L'hémi-utérus droit serait resté entièrement atrophique et serait représenté par cet épaississement d'où s'échappe le ligament rond droit et qui semble présenter une connexion avec les annexes droites.

Quant à l'hémi-utérus gauche, il aurait suivi un développement à peu près normal.

La malade est revue un mois plus tard, c'est-à-dire en mai 1947.

L'état général est excellent.

Les règles sont réapparues.

La guérison semble complète.

A tel point que :

—un peu moins d'un an après son opération, cette dame est accouchée par le Dr Robert dune fille qui pèse 3 kg. 400.

Il s'agissait d'une présentation de siège.

L'accouchement a été normal.

La délivrance pesait 500 gr.

— Un an plus tard, c'est-à-dire en février 1949, nouvel accouchement. Cette dame accouche sans incidents d'un bébé pesant à la naissance 2 kg. 250.

OBSERVATION III

Jeune fille d'environ 18 ans qui est opérée pour crises douloureuses abdominales violentes, à maximum au moment des règles.

L'examen n'a révélé aucune anomalie vulvaire ou vaginale.

Pas d'antécédents. Puberté à 15 ans.

Intervention :

Médiane sous-ombilicale qui met en évidence les malformations suivantes :

Du côté droit : Il existe une masse de la grosseur d'un poing. On identifie la trompe, volumineuse, rénittente, qui fait bloc avec l'ovaire et l'utérus. L'ensemble est mobile.

La trompe est décollée progressivement de la masse utérine. Elle coiffe l'ovaire droit qui est volumineux. Cette manœuvre est facile car il s'agit d'adhérences peu serrées. Cette libération une fois terminée, les connexions de la masse utérine avec les annexes droites sont normales, topographiquement, et l'on voit parfaitement le ligament utéro-

ovarien et le pédicule latéral utéro-ovarien qui est du type long.

L'exploration pelvienne est continuée *du côté gauche*, et l'on a la surprise de constater l'existence d'un deuxième utérus latéralisé à gauche et qui était dissimulé par les champs protégeant les anses intestinales. Cet utérus gauche est en connexion avec trompe et ovaire de taille et de conformation normales.

Il existe donc deux corps utérins, qui, *en dehors*, sur leur bord pelvien, ont la morphologie d'un utérus normal avec un ligament rond, un angle utérin qui reçoit, en haut, la trompe, et, un peu plus bas et en arrière, le ligament utéro-ovarien. De chaque côté le dôme utérin s'abaisse vers l'intérieur, parfaitement arrondi, et se continue en bas par un bord interne un peu épais qui disparaît dans un repli péritonéal unissant les deux corps utérins sur la ligne médiane.

L'exploration de la morphologie utérine est continuée en palpant au doigt à travers le ligament : on reconnaît parfaitement l'existence de deux cols utérins qui se dirigent l'un vers l'autre sans atteindre la ligne médiane.

Ajoutons que les corps utérins sont de même volume et, pratiquement, chacun de volume normal.

Le bilan des malformations s'établit donc de la manière suivante :

d'une part :

— un hémi-utérus;

— une trompe et un ovaire normaux.

d'autre part à droite :

— un hémi-utérus;

— trompe pathologique énorme, et ovaire très volumineux.

Etant donné la taille confortable de la masse utérine gauche et l'expérience que l'on a d'une grossesse ayant évolué normalement sur un utérus atrophique, on décide de faire une hémi-hystérectomie droite, plus une abblation des annexes droites pathologiques.

Cette intervention est menée sans difficulté, et avec prudence pour ne pas léser l'uretère.

L'artère utérine est liée en situation habituelle.

L'hémi-hystérectomie est totale et emmène un col de volume un peu inférieur à la normale, qui est imperforé.

L'examen de la pièce montre une hématosalpingométrie considérable, ce qui explique les douleurs périodiques ressenties par cette jeune fille.

Les suites sont simples. Guérison en 15 jours. Disparition des douleurs et règles normales.

Ultérieurement, un examen vaginal n'a montré aucune anomalie.

HISTORIQUE

Le premier cas d'utérus double rapporté le fut par Antoine Catti en 1557.

Riolan en rapporte un autre cas en 1625.

Purcell, de Dublin, fait l'autopsie d'une femme morte au neuvième mois d'une grossesse dans un utérus double : l'un contenait le fœtus, l'autre était vide; il y avait également deux vagins.

Baudelocque dans son traité d'obstétrique signale que Hunter possédait une pièce anatomique composée d'un utérus double, l'un contenant un enfant à terme, l'autre un fœtus de quatre mois.

On note peu de publications jusqu'au milieu du siècle dernier.

En 1859 Kussmaul fournit la preuve qu'un utérus double peut aboutir à un accouchement normal.

De nombreux travaux publiés plus tard montrent cependant la fréquence des complications :

1° *Pendant la grossesse :*

— Hémorragies dues à insertion vicieuse (thèse Paris, 1903).

— Avortements successifs rapportés par le Professeur BRINDEAU (5 grossesses interrompues à 6 mois, puis 2 grossesses normales dans l'utérus le plus évolué).

2° *Au moment de l'accouchement :*

— CHAMBARDEL note que l'utérus étant souvent cylindrique, les sièges y sont fréquents. Sur 332 cas il compte 280 présentations céphaliques, dont 10 faces, et 52 sièges.

— LAFFITE (thèse Paris 1939) est le premier rapporter une présentation de l'épaule.

Quant à l'utérus vide il se comporterait comme une tumeur prœvia qui remonterait encore plus souvent qu'un fibrome auquel MULLER en 1873 l'assimile complètement.

Pourtant en 1875 BORENSKI signale qu'il doit faire une craniotrypsie dans un utérus double où l'utérus vide se révèle une tumeur prævia irréductible.

En 1872 PICOT soutient une thèse qui a pour titre « malformations de l'utérus et du vagin au point de vue obstétrical ».

En 1920 POTOCKI rapporte un cas où il dut faire une césarienne pour un utérus didelphe dont la corne droite inhabitée était rétroversée et prolabée dans le Douglas.

3° *De la délivrance :*

— Le défaut de musculature ne permet pas un décollement normal du délivre qui se trouve enchatonné.

— LE BESQUE (thèse Paris 1911) dit que la délivrance artificielle est nécessaire dans 1/3 des

cas et il considère que le point important est la rétention et l'infection possible de la caduque de l'utérus vide.

Quant aux interventions proposées :

Strassmann décrit en 1903, et y revient en détails en 1907 dans le « Zentralbatt für Gynoecologie », l'opération qui porte son nom et qui doit permettre la correction de la duplicité utérine.

Cette opération de Strassmann a été mise en parallèle avec l'hémi-hystérectomie en particulier par J. Mathieu et Pollosson.

Embryologie - Etiologie

Le développement du vagin et de l'utérus permet de comprendre les malformations que l'on peut rencontrer au niveau de ces organes.

Nous savons que le vagin, l'utérus et les trompes naissent aux dépens des canaux de Müller qui, libres à leur partie supérieure jusqu'à l'insertion du ligament rond, se fusionnent à leur partie inférieure jusqu'à leur abouchement dans le sinus urogénital. Jusququ'au 3^{e} mois les canaux de Müller sont donc séparés par une closion. Celle-ci va se résorber de bas en haut. Vers le 5^{e} mois elle a complètement disparu et on ne trouve plus qu'un canal unique au niveau duquel le vagin et l'utérus sont déjà nettement différenciés. Le col de l'utérus apparaît en effet dès la fin du 3^{e} mois sous forme d'une saillie nettement prononcée.

Toute modification apportée à la fusion des canauq de Müller et à la résorption progéessive de la cloison qui les sépare se traduira par une malformation de l'utérus ou du vagin. Cette anomalie reproduisant d'ailleurs la disposition normale que l'on retrouve chez certains animaux. Ainsi chez

les ruminants et les carnassiers l'utérus est bicorne les deux cornes utérines étant séparées par une dépression profonde du fond de l'utérus.

Chez les Marsupiaux on trouve un double utérus et un double vagin s'ouvrant isolément dans le vestibule par deux orifices distincts. Chez l'homme et le singe, le vagin et l'utérus sont uniques et celui-ci ne présente au niveau de son fond, à l'état normal, aucune trace de division.

Tous ces stades normaux chez les animaux peuvent se voir chez la femme constituant ainsi des anomalies réversives. En fait, tout a été rencontré; voyons comment on peut classer ces malformations :

1° Si les canaux de Müller restent indépendants l'un de l'autre on aura deuq vagins, deux cols utérins, deux utérus absolument indépendants l'un de l'autre encore que dans le petit bassin ces deux utérus puissent être soit plus au moins accolés, soit franchement divergents. C'est là l'*utérus didelphe vrai.* (Vandecasteele et Verhaeghe en ont rapporté un cas à la Société de Gyn. et Obst. de Lille le 30 janvier 1946).

2° Mais la cloison intermüllerienne peut très bien disparaître complètement dans la région vaginale au moins dans la partie basse du vagin, et persister dans la région moyenne. On aura alors l'*utérus pseudo-didelphe* avec :

deux corps indépendants;
deux cols accolés;
un vagin cloisonné dans sa partie supérieure.

3° Et si la malformation est encore moins accusée ce seéa l'*utérus bicorne unicervical* avec :

deux corps indépendants;
un seul col;
un vagin.

Ce sont là trois types d'utérus qui sont bien des utérus physiologiquement doubles. Ils correspondent :

— le 1er à un arrêt précoce du développement;
— le 2ème à un arrêt après début de soudure;
— le 3ème à un arrêt assez tardif.

Il est bien évident d'ailleurs que ce sont là des types que l'on distingue pour avoir une classification commode. En fait entre les deux types extrêmes et bien caractérisés tout peut se voir.

4° Quant aux autres malformations, bien moins importantes au point de vue anatomique, qui vont de l'utérus presque entièrement cloisonné à l'utérus avec un simple éperon implanté sur le fond utérin, ce ne sont plus alors des utérus doubles, il n'y a physiologiquement qu'une seule cavité utérine.

5° Par contre il semble qu'il est très important d'insister sur le fait que l'appareil urinaire se développe là tout au contact de l'appareil génital : si celui-ci est malformé, le premier risque de l'être.

ETIOLOGIE

On a évidemment voulu expliquer l'absence d'un accolement normal des canaux de Müller; plusieurs causes ont été invoquées :

Rouffard et Delaporte ont invoqué l'hérédité. J. Mathieu a d'ailleurs rapporté à la Société de Gyn. et Obst. de Lyon le 8 mai 1950 le cas de deux sœurs non jumelles. La première fut opérée par utérus didelphe vrai avec deux vagins, l'autre présentait un utérus apparemment normal mais dont la palpation permettait de sentir qu'il était en fait composé de deux utérus accolés par leur bord interne.

Dubreil et Chambardel ont édifié une théorie dite de la race.

L'hérédoalcoolisme, l'hérédosyphilis ont évidemment été aussi mis en cause.

De Brette a rapporté à la Société de Gyn. et Obst. en juin 1937 un cas où il avait noté que la mère qui devait donner le jour à une fille dont l'utérus était didelphe avait eu les oreillons pendant la grossesse.

D'autres ont voulu expliquer le défaut d'accolement normal :

— par l'éloignement des canaux de Müller. Litzmann puis Pfannenstiel et Kussmaul ont insisté sur la grandeux anormale du diamètre frontal du bassin et les deux derniers ont retrouvé aussi un diamètre frontal du visage anormalement important;

— par la briéveté anormale des ligaments qui relient les canaux de Müller aux parois du bassin. Pour Boyer le ligament rond serait, ainsi, souvent fautif.

On a invoqué une pértonite fœtale qui créerait des adhérences et des brides anormales mais quelle serait la cause de cette péritonite? Toxique ou infectieuse?

— Metzger a trouvé deux fois une cloison vésicorectale qui séparait les deux utérus mais cette cloison peut très bien faire partie de la malformation sans en être la cause.

En fait tout ceci est assez imprécis. Le développement embryologique de l'utérus est complexe puisque les deux canaux de Müller qui doivent se souder sont primitivement éloignés l'un de l'autre; par ailleurs l'utérus n'est pas un organe strictement vital et une malformation assez importante est compatible avec la vie : on conçoit dès lors que ces malformations soient relativement fréquentes.

Dans les observations que nous rapportons nous n'avons rien trouvé d'intéressant à ce point de vue. Contentons-nous d'ajouter seulement à ce chapitre qu'il serait peut-être intéressant de vérifier si la rubéole qui est souvent invoquée actuellement dans les malformations congénitales ne pourrait pas ici être mise en cause.

PHYSIOLOGIE DES UTÉRUS DOUBLES

Que se passe-t-il dans un utérus double, en dehors de toute complication?

— au moment des règles,
— pendant la grossesse,
— au moment de l'accouchement,
— pendant les suites de couches.

1° *Au moment des règles :*

Le plus souvent les règles sont normales ou peu modifiées; il fallait s'y attendre si l'on admet que l'utérus fonctionne sous une impulsion hormonale. Les deux cavités utérines sont en effet, soumises aux mêmes hormones (S. Auclair, Sté Médico-Chirurgicale des Hôpitaux libres, 3-10-46).

Pourtant il n'en est pas toujours ainsi : on peut avoir un rythme cathamémial irrégulier, avec règles deux fois dans le même mois, de même abondance ou non. Dans ce cas, il faut admettre que chaque hémi-utérus fonctionne sous la dépendance de l'ovaire correspondant.

Si les règles sont alors souvent d'abondance inégale, c'est que, nous le verrons, les deux utérus sont fréquemment de dimensions différentes.

Mais il s'agit déjà, dans ce cas, d'une complication qui amènera à consulter.

2° *Pendant la grossesse :*

L'hémi-utérus non gravide suit l'évolution de l'utérus gravide, comme dans la grossesse tubaire. Son volume augmente atteignant environ celui d'une tête fœtale. Le col se raccourcit, s'ammollit. Les fibres musculaires s'hypertrophient, la vascularisation augmente, la muqueuse s'épaisit. Il contient une caduque, dont SURBLED, dans sa thèse a étudié la structure : « membrane blanchâtre, molle, friable; au microscope, grande cavité anastomosée en réseau, bordée de cellules endothéliales. Ce sont des lacs sanguins séparés par un lacis de fibrilles conjonctives avec de nombreux leucocytes. Les cellules déciduales occupent la couche moyenne, elles sont volumineuses, allongées, à caractère phagocytaire ».

Certains auteurs ont discuté la possibilité de l'ovulation pendant la grossesse, en se basant sur l'existence de pertes plus ou moins rythmées; mais on peut se demander si ces pertes ne sont pas le plus souvent, simplement une menace de fausse couche ou le résultat de l'hyperplasie de la muqueuse de l'utérus inhabité. La nidation d'un deuxième œuf dans l'utérus vide est en effet très rare (pièce anatomique de Hunter). Ce qui est plus fréquent, c'est une grossesse de même âge dans chaque utérus.

3° *Au moment de l'accouchement :*

Les deux utérus vont se contracter. L'utérus non gravide se dilate aussi : le col admettra un doigt; il expulse sa caduque, à peu près grosse

comme un œuf. Au moment de la descente, l'utérus vide remontera comme le ferait un fibrome.

4° *Pendant les suites de couches :*

Les deux utérus subissent l'involution normale. Parfois la caduque de l'utérus non gravide est expulsée seulement à ce moment-là. Il faudra d'ailleurs surveiller cette expulsion : son absence fera redouter une complication infectieuse du post partum.

COMPLICATIONS

Mais souvent tout ne se passe pas aussi simplement; les complications sont possibles à toutes les étapes de la vie génitale. Avant de les énumérer, et pour les expliquer, *précisons quelques points d'anatomie pathologique :*

— les utérus sont souvent inégaux, l'un des hémi-utérus ayant à peu près des dimensions normales, l'autre étant très petit. Surtout, le canal cervical risque d'être plus ou moins inexistant empêchant ainsi l'écoulement correct des règles (ce qui entraîne l'hématométrie) ;

— la paroi musculaire sur la face interne des hémi-utérus est déficiente. Cette partie de l'utérus embryonnaire qui aurait du normalement disparaître après fusion des deux canaux de Müller, n'a pas l'épaisseur ni la valeur musculaire d'un utérus normal; tout cela devient très important au moment de l'accouchement et de la délivrance;

— les hémi-utérus sont souvent latéralisés, toutes les positions intermédiaires entre la position sous-cœcale (DELANNOY, DEMAREZ et BEDRINE, Gyn. et Obst. de Paris, Ln. 28, n° 1, janvier 1939) et la position normale, pouvant être rencon-

trées. Il va donc y avoir un défaut de concordance de l'axe du bassin et de l'utérus celui-ci ayant un axe oblique.

COMPLICATIONS AU MOMENT DES RÈGLES

Un certain nombre de malformations utérines se manifestent au moment de la puberté. D'abord, celle-ci est assez souvent retardée : 8 fois sur 17 dans la thèse de BOUSCARLE. On peut sans doute expliquer ce retard, par un défaut de développement. Les deux utérus, non seulement ne sont pas soudés, mais sont encore au stade infantile. Presque tous les auteurs signalent cette aplasie utérine (COTTE, SANTY, Lucien LÉGER) qui porte sur les deux ou sur une seule masse utérine, et prend toute son importance, au point de vue chirurgical.

Quoi qu'il en soit, les règles, lorsqu'elles finissent par apparaître, présentent les caractères suivants :

— assez souvent douloureuses bien que paraissant s'écouler normalement. CERF a attribué ces douleurs à la déviation de l'un des corps de l'utérus ou des deux, ce qui provoque des contractions douloureuses de ces organes;

— dans d'autres cas, l'un des deux utérus ne communique pas avec l'extérieur. C'est souvent ainsi que la malformation signale son existence. Nous avons relevé de nombreux cas de ce genre dans la littérature, et c'est aussi ce qui se passait dans notre observation n° 3.

Le syndrôme clinique est alors le suivant : la jeune fille dont la puberté s'est installée tardivement, souffre anormalement au moment de ses rè-

gles; celles-ci ont tendance à devenir de plus en plus douloureuses, bientôt les douleurs deviennent permanentes et s'exagèrent au moment des règles.

L'examen révèle l'existence d'une masse latéro-utérine : c'est cette masse qui est douloureuse. Elle est en général plus ou moins mobile, d'un volume assez important se rapprochant de celui d'une tête fœtale, et susceptible d'une régression partielle dans l'intervalle des règles.

Il y a parfois quelques poussées thermiques qui peuvent faire penser à une salpingite et on incrimine volontiers le B. K.

COMPLICATIONS PENDANT LA FÉCONDATION ET LA NIDATION

La malformation utérine « isolée » n'est pas par elle-même malgré les ouvrages classiques, une cause de stérilité.

MAYER, SEGUY et COTTE d'abord, MOUGENOT, DALSACE et PINSON récemment (Sté de Gyn. et Obst. de Paris, 7-2-49) ont insisté sur ce fait. Il faut qu'il y ait hypoplasie surajoutée, portant non seulement sur l'utérus lui-même mais sur toute la sphère génitale et le système endocrinien. Assez souvent d'ailleurs cette hypoplasie est susceptible d'amélioration : dans quelques cas relevés dans la littérature, la fécondation n'est survenue qu'après plusieurs années de vie conjugale.

Quoi qu'il en soit, SURBLED, dans sa thèse pense que : un tiers des utérus doubles seraient stériles. Par contre il a insisté sur la fréquence des grossesses gémellaires; chaque fœtus occupant un hémi-utérus, la grossesse est biamnostique, avec double ovulation obligatoire.

Nous avons vu qu'assez souvent l'un des deux hémi-utérus ne communiquait que très difficilement, ou même pas du tout, avec le vagin: dans ce cas, on peut se demander si le spermatozoïde, ou l'ovule fécondé, ne peut pas réaliser une migration trans-abdominale, allant de l'ovaire correspondant à l'utérus en communication avec le vagin, vers l'orifice de la trompe correspondant à l'autre utérus. FERY et MONGE rapportent, en effet, un cas de rupture d'un hémi-utérus où des coupes sériées ne purent mettre en évidence un canal cervical, même filiforme (in Gyn. et Obst. 44-45).

Donc, assez souvent le spermatozoïde va rencontrer un obstacle mécanique dans sa migration vers l'ovule, et ceci d'ailleurs dès le vagin dans l'utérus didelphe type II où la bride vaginale peut-être une cause de stérilité. Mais ce n'est pas tout : l'ovule fécondé, après avoir eu du mal à trouver dans l'utérus didelphe un endroit propice à sa nidation, sera difficilement admis par celui-ci. Il nous faut maintenant insister sur :

— la fréquence et la répétition des avortements;
— le nombre considérable des accouchements prématurés;
— la rupture utérine.

1° *La fréquence et la répétition des avortement :*

La faible musculature de l'hémi-utérus, surtout dans sa partie interne entraîne une forte tendance à se contracter. Les cas où des avortements répétés ont d'abord été attribués à la syphilis sont nombreux; puis, à l'occasion d'un examen plus minu-

tieux, et devant l'échec du traitement spécifique, on finit par suspecter une malformation utérine. Brocq a rapporté un cas où il découvrit la malformation à l'occasion d'un curetage nécessité par une des fausses-couches (Sté Médicale et Anatomoclinique de Lille, 10-49).

Il faut signaler que souvent les avortements se produisent de plus en plus tard, lors des grossesses successives, ce qui fait penser à la syphilis plutôt qu'à une incompatibilité sanguine : comme dans la syphilis, on peut finir par arriver à un accouchement à terme. Tout se passe comme si chaque fausse-couche suppléait au défaut de maturation, par un aggrandissement de la cavité.

2° *Le nombre considérable des accouchements prématurés :*

Dubreuil et Chambardel en ont compté 78 cas sur 464 accouchements dans des utérus doubles.

Le mécanisme est le même que dans l'avortement : l'hémi-utérus a un développement anormalement réduit. On pense ici aussi à la syphilis, à l'albumine, pourtant le produit de la conception est normal, et c'est ce qui doit permettre le diagnostic.

3° *La rupture utérine :*

Vassal en a rapporté un cas en 1830.

Cette rupture se produit à une date plus avancée que dans la grossesse extra-utérine, ce qui est logique, car l'hémi-utérus est tout de même plus vaste qu'une trompe. Colin et Werth ont étudié la question : c'est entre le 4ème et le 6ème mois que la proportion des ruptures est la plus grande,

alors que dans la grossesse extra-utérine, c'est vers la 4ème-7ème semaine.

Le point d'élection de la rupture est l'angle supéro-interne de l'utérus, là où aurait dû s'opérer la réunion des deux utérus.

Cliniquement, les signes de rupture ne sont pas toujours aussi dramatiques que le voudrait la description classique.

CHARLES en a rapporté une observation (in Gyn. et Obst. janvier 1938) : la rupture avait pris le masque d'un syndrôme de torsion; le pouls était normal. Il y aurait même des cas où la rupture utérine pourait être complètement muette, lorsqu'elle siégerait sur la cloison qui sépare deux utérus accolés sur toute leur face interne. Parfois une injection de substance opaque après une grossesse a découvert dans la cloison inter-utérine une brèche qui n'existait pas avant la grossesse : il y avait eu une rupture sans aucune manifestation clinique.

COMPLICATIONS AU MOMENT DE L'ACCOUCHEMENT

Elles peuvent se produire :

— pendant la dilatation et l'engagement;
— pendant la descente;
— au moment de la délivrance.

Elles peuvent d'ailleurs aussi être liées à la présentation.

1. *Pendant la dilatation et l'engagement :*

Le travail est souvent long. « Les contractions sont faibles, mauvaises, irrégulières, causant le plus souvent, une inertie primitive de l'utérus » dit BOUSCARLE. D'autres ont trouvé des contractions

régulières et fréquentes... En effet, l'utérus est souvent de valeur musculaire en dessous de la normale, et de plus son axe ne correspond pas à ce celui du petit bassin, ce qui risque de compliquer dilatation et engagement.

2. *Pendant la descente* :

En général l'utérus vide est en arrière de l'utérus gravide, ses dimensions s'accordant assez bien avec la concavité du sacrum sous le promontoire. Il va donc jouer le rôle d'une tumeur prævia.

Sans doute, parfois, il remonte spontanément. comme un fibrome et ceci plus ou moins rapidement. Pour PIERRA ce serait la règle. Il semble qu'il n'en soit pas toujours ainsi (TRILLAT et AMBRE, et de nombreux auteurs dans la littérature, ont dû faire des césariennes pour tumeur prævia irréductible). Notons d'ailleurs, que cet utérus même s'il ne remonte pas, ne constituera pas toujours un obstacle à la descente : il s'agit en effet, assez souvent d'un enfant prématuré, donc plus malléable. Mais, nous l'avons vu, avec les grossesses successives, les enfants deviennent de plus en plus gros : la tumeur prævia devient par suite de plus en plus dystocique (observation de TRILLAT et AMBRE : 1er accouchement normal, 2ème, 3ème, 4ème césariennes). Il est vrai, qu'il faut peut-être, comme l'a dit FAVIEAU, tenir compte aussi de l'accroissement de la tumeur.

3. *Au moment de la délivrance* :

Les complications semblent y être moins fréquentes que ne le voudrait la théorie : sans doute parce que le placenta est inséré, en fait, sur la par-

tie la plus vascularisée du corps utérin, celle-ci n'étant pas la partie interne qui est la plus fragile.

LA PRÉSENTATION, CAUSE DE DYSTOCIE

1. La présentation de siège est bien plus fréquente que normalement, car le fœtus n'est pas « au large » dans cet utérus étroit et cylindrique, et il ne peut tourner facilement pour présenter son pôle céphalique. Notons, en passant, qu'avant de réaliser une rotation par manœuvre externe dans une présentation de siège, il est bon de penser à une malformation utérine possible : dans ce cas, il ne faut pas essayer de manœuvrer sur un utérus peu résistant. La présentation de siège risque d'être une cause de dystocie pour deux raisons :

— l'accouchement par le siège est déjà assez laborieux par lui-même dans un utérus et un vagin normaux, Ici, l'utérus étant anormal, toute malformation vaginale associée compliquera le problème ;

— l'extraction de la tête dernière risque d'être fort compliquée du fait de la présence de l'utérus non gravide. Le siège, moins volumineux, a pu, lui, se libérer en passant à côté de cette tumeur prævia. Il est possible que la tête, elle, ne puisse absolument pas passer.

2. La présentation céphalique, peut, par suite du défaut de concordance des axes de l'utérus et de l'excavation, se transformer en une présentation du front ou de la face.

COMPLICATIONS PLUS RARES

Il nous reste, pour être complets, à citer quelques complications fort rares, qu'il vaudrait peut-être mieux qualifier de coïncidences.

Ce sont :

— *la transformation de l'un des hémi-utérus en gros fibrome*, signalée par Mme M. MICHEL au bulletin de Gyn. et Obst., t. 47, n° 6. Il s'agissait d'un utérus double où tout l'hémi-utérus droit s'était transformé en un fibrome important de 12 centimètres de diamètre;

— *la cancérisation de l'un des hémi-utérus.* SAMUEL et SIEGLER en ont rapporté un cas dans l'Am. Journal of Obst. et Gyn. 162. A leur connaissance c'était le 4ème cas de cancer dans un utérus anormal.

LÉSIONS ASSOCIÉES

— De nombreux auteurs dont J. MATHIEU, ont insisté sur la fréquence de l'*endométriose* dans les utérus doubles. Sa recherche devra être évidemment systématique.

Citons enfin les *lésions inflammatoires* possibles : salpingite dont notre observation n° 1 est un exemple et dont l'existence rendra le chirurgien moins conservateur.

CE QUI AMÈNE A CONSULTER

Tous les utérus doubles n'entraînent pas obligatoirement l'un des complications dont nous venons de parler : ainsi RICHER a rapporté le cas d'une prostituée qui s'accommodait parfaitement d'un utérus et d'un vagin doubles.

C'est donc lorsque ces complications se manifestent que la jeune fille ou la jeune femme va venir consulter. Nous pouvons dès lors dresser un tableau de ce qui va amener la malade chez le médecin :

Chez la jeune fille :

— puberté retardée;
— dysménorrhée;
— rétention des règles.

Chez la jeune femme :

— dysménorrhée;
— douleurs pendant les rapports;
— stérilité;
— fausses couches à répétition;
— rupture de l'utérus gravide.

Chez la femme en travail, l'accoucheur s'inquiéra de :

— travail trop lent;
— arrêt de la progression du mobile fœtal;

— enclavement de l'hémi-utérus non gravide;
— présentation vicieuse.

Quant à l'accouchée, elle s'étonnera de :
— l'expulsion de la caduque de l'utérus non gravide.

En réalité, il faut distinguer, parmi ces accidents, d'abord ceux qui réalisent un syndrôme aigü où la plupart du temps on intervient sans avoir eu le loisir de préciser le diagnostic; et ceux où rien ne presse trop et où on va avoir le temps de faire le diagnostic d'utérus double.

Dans la première catégorie nous classerons la rupture de l'utérus gravide pendant les premiers mois de la grossesse, et les complications devant lesquelles se trouve l'accoucheur, au moins lorsqu'il s'agit d'un accouchement à peu près à terme.

Mais chez les autres malades qui viennent consulter pour des symptômes plus ou moins précis, qu'est-ce qui va permettre de faire le diagnostic d'utérus double?

a) *L'interrogatoire :*
— ne nous apprend, le plus souvent, rien de bien précis, à moins qu'il s'agisse :
— d'une femme qui dit être réglée tous les 15 jours avec chaque fois des règles d'abondance égale et à peu près normale;
— d'une femme accouchée dont l'accouchement s'est passé normalement mais qui a rejeté une caduque 4 ou 5 jours après;
— d'une femme qui se croit et que son médecin croit enceinte mais qui cependant, continue à avoir des règles « irrégulières, douloureuses, anor-

malement prolongées», signe de précomption, presque de certitude, pour ANDERSON, quand ces règles persistent 3 ou 4 mois après le début d'une grossesse.

En fait, le plus souvent, la femme ne signale aucun syndrôme très précis. Elle déclare appartenir à une famille où la mère et les sœurs sont normales. Elle-même a parfois eu déjà des enfants normaux. Elle voudrait pourtant savoir pourquoi :

— elle souffre;
— elle est stérile;
— elle a eu plusieurs fausses couches.

b) *Examen :*

Parfois l'aspect général de la jeune fille ou de la femme attire l'attention: on voit d'emblée qu'on se trouve devant une insuffisance glandulaire et par suite génitale. L'augmentation anormale des diamètres frontaux du squelette, malgré l'importancce qu'ont voulu leur attribuer PFANNENSTIEL et KUSSMAUL, passe plus facilement inaperçue.

L'examen gynécologique est bien plus important : il faudra d'abord bien préciser la morphologie de la vulve, la moindre anomalie pouvant faire penser que le développement de l'appareil génital interne est plus ou moins anormal. (On a rapporté un cas où l'attention fut attirée par un anus qui s'ouvrait à la vulve « GUIBAL »).

Le vagin devra être aussi exploré. Existe-t-il? Car c'est parfois son absence qui donne l'éveil (COTTE-SANTY ac. Chirurgie, t. 74, n° 1-2, p. 54; Lucien LÉGER ac. Chirurgie, t. 77 n° 6-7, p. 183). Est-il double ou simplement cloisonné dans sa partie profonde.

En effet, comme l'ont affirmé Labry, Duroux et Chevalier, la bifidité vaginale en canon de fusil s'accompagne systématiquement d'une bifidité utérine avec deux cols, l'inverse n'étant pas la règle. L'existence d'une bride dans la partie supérieure du vagin ne permet pas d'être aussi affirmatif : ce n'est plus qu'un signe de présomption en faveur d'une anomalie embryologique possible. Par contre la présence de deux cols au fond du vagin est, évidemment, un signe de certitude. Encore faut-il bien savoir que deux cols peuvent s'ouvrir dans le vagin sans qu'on puisse les apercevoir tous les deux si on ne les recherche pas systématiquement.

Le temps important de l'examen est le toucher vaginal. On précise l'état de l'utérus; sa mobilité : A-t-on eu l'impression que son fond n'est pas médian et semble plus rapproché d'une paroi latérale du bassin? La masse latéro-utérine dont on a découvert l'existence a un volume variable : elle peut être dure, tendue, et ceci de façon permanente, ou intermittente et alors seulement au moment des règles.

Elle peut être plus simplement du même volume que l'utérus et plus ou moins mobile par rapport à lui. Quelle est la nature de cette masse?

Si on aperçoit, au spéculum, deux cols utérins, la question est réglée (mais cet examen au spéculum n'est pas toujours facile).

Au contraire si on a deux utérus branchés en Y sur un seul col le problème est bien plus difficile, car, alors, avant de penser à l'utérus double, on pense au fibrome et surtout au kyste de l'ovaire. Fibrome et kyste de l'ovaire sont en effet bien plus fréquents que l'utérus double : tous les deux

s'accompagnent de dysménorrhée, de stérilité au moins relative, de douleurs.

Si on a le moindre doute, il faut faire un examen de l'utérus avec une substance opaque aux rayons X : on pourra alors préciser par une radio, la morphologie exacte de l'utérus à moins que l'un des hémi-utérus ne soit pas perméable et ne laisse pas pénétrer le lipiodol.

Cet examen radiologique est très important pour peu que la femme à examiner ait une paroi abdominale assez épaisse. D'ailleurs un certain nombre d'utérus doubles ne sont diagnostiqués que grâce à lui, et, en somme, tout à fait par hasard... La femme venait consulter pour stérilité, se plaignant plus ou moins de douleurs dans la région des annexes : on a décidé une exploration tubaire et celle-ci révèle une malformation utérine.

Il faut insister aussi sur le cas où la femme consulte pour des fausses couches à répétition. Ici on peut logiquement penser à la spécificité : tout comme s'il s'agissait de la syphilis, l'utérus se débarrasse de son contenu, en devenant de plus en plus tolérant avec les grossesses successives. S'il y a la moindre anomalie anatomique de la vulve ou du vagin, elle ne devra pas être une raison de plus de penser à la syphilis ou à l'hérédo-syphilis, mais, au contraire, donner l'éveil et faire envisager une malformation utérine.

Notons d'ailleurs que, dans la malformation utérine, le produit de la conception est normal et non pas macéré.

Enfin, il nous reste à parler du diagnostic de l'utérus double chez *la femme enceinte.*

Chez celle-ci le problème est le suivant : quelle

est la nature de la masse latéro-utérine que l'on a découverte à l'examen

Qu'est-ce qui peut permettre de penser à un utérus double, La persistance des règles, ou des pertes plus ou moins régulières, après le début de la grossesse, doit attirer l'attention. Cependant on pourra penser logiquement au fibrome et au kyste de l'ovaire, comme nous l'avons dit plus haut. Si l'examen au spéculum ne permet pas de voir deux cols utérins une seule chose permettra d'affirmer l'existence d'un utérus double : si la masse latéro-utérine se contracte, à un rythme propre, c'est un utérus.

Il ne peut être question ici d'entreprendre une hystérographie.

COMMENT ET QUAND VA-T-ON INTERVENIR?

Le chirurgien distingue deux séries de cas. Ceux où il intervient d'urgence pour une complication grave qui ne saurait permettre le moindre retard et ceux où rien ne presse où il a bien précisé le diagnostic d'utérus double.

I. — Parlons d'abord des premiers cas parmi lesquels nous classerons les ruptures de l'utérus gravide pendant les premiers mois de la grossesse et les complications au moment de l'accouchement. S'il s'agit d'une rupture d'utérus gravide le tableau clinique se rapproche de celui de la grossesse extra-utérine. Il est parfois un peu moins dramatique avec un pouls qui ne s'affole pas aussi franchement peut-être parce que dans la grossesse tubaire la rupture de la trompe entraîne une rupture franche de l'artère tubaire, tandis que la rupture dans un utérus double, siège à l'angle supéro-interne de l'utérus, zone relativement peu vasculaire. Dans ce cas le chirurgien n'a pas le choix : il faut qu'il enlève l'hémi-utérus gravide et rompu. Pourtant il devra se montrer conservateur pour l'hémi-utérus non gravide même si celui-ci paraît

hypoplasique. Une maturation de cet organe est ultérieurement possible. Nous verrons que c'est ce qui s'est produit chez une femme de 30 ans, l'utérus « hypoplasique » a mené plus tard à terme deux grossesses qui se sont terminées par des accouchements normaux. (Observation n° 2).

Quant à la conduite de l'accoucheur, elle doit être guidée par le fait que les accouchements spontanés et sans histoire sont reativement fréquents, la dystocie étant facultative et assez rare.

Il sera bon, néanmoins, de diriger la femme vers un centre obstétrico-chirurgical dès que l'existence d'une masse latéro-utérine aura été découverte (on sait que c'est aussi la règle même si l'on est pratiquement certain qu'il s'agit d'un fibrome ou d'un kyste de l'ovaire). Il faudra bien se garder de se baser sur le fait que les accouchements antérieurs ont été absolument eutociques pour entreprendre un accouchement loin de tout secours chirurgical : la dystocie peut très bien, en effet, n'apparaître que chez une multipare (Cerf : sur 27 cas, 7 chez des multipares).

Sous la surveillance du chirurgien et de l'accoucheur on va pouvoir tenter l'épreuve du travail. Dans les cas purs, en effet, la laparatomie systématique semble « irrationnelle et contraire à la logique » (Leclerc). Si la présentation est encore mobile au détroit supérieur, on pourra essayer de refouler la tumeur prævia. Mais l'épreuve du travail ne devra pas être prolongée trop longtemps, et si elle n'aboutit pas à un accouchement spontané il faudra intervenir. (Il faut en outre, se rappeler la difficulté particulière que risque de présenter l'extraction de la tête dernière, dans une présentation de siège : ceci à cause du risque de rup-

ture). L'intervention sera même systématique, avant tout début de travail, en cas d'accouchement antérieur dystocique (thèse de SURBLED).

On pratiquera alors une césarienne basse, sans hémi-hystérectomie complémentaire. LEPAGE considère que c'est la méthode de sécurité. Les suites opératoires seront souvent un peu fébriles : plusieurs auteurs ont noté que les complications veineuses sont plus fréquentes que dans la césarienne ordinaire, les anti-coagulants seront donc employés avec profit.

II. — Restent les cas où le diagnostic d'utérus double a été porté en dehors d'une complication aigüe. Il s'agit alors d'une femme qui a consulté pour :

— dysménorrhée,
— hématométrie,
— stérilité
ou fausses couches à répétition.

Avant de décider une intervention quelle qu'elle soit, il faudra préciser l'état exact de l'utérus par une exploration lipiodolée, et surtout l'état de l'appareil urinaire : nous avons vu en effet dans le chapitre d'Embryologie, que ce dernier se développant tout au contact de l'appareil génital peut être touché par ses malformations. On a signalé un cas d'anomalie vaginale dans lequel le toucher rectal révélait une masse que l'on pensait être l'utérus : c'était en réalité, le rein unique que possédait la malade. Certes, il est assez rare que le rein soit, aussi loin de sa place habituelle, et à l'intervention il ne peut guère passer inaperçu. Il n'en est pas de même des uretères : ce sont eux qu'il sera bon de répérer exactement.

Il faudra donc faire une urographie, et si la radio montre que les uretères ont un trajet anormal, on mettra en place, avant l'intervention, des sondes uretérales qui permettront un répérage facile.

Quant aux hémi-utérus, il est important de savoir quelle est la position de l'un par rapport à l'autre, s'ils sont plus ou moins accolés, ou franchement divergents, s'ils sont de dimensions égales, et quelles sont leurs dimensions.

Le problème qui se posera sera de décider du type d'intervention à réaliser : on opposera alors la méthode conservatrice « type STRASSMANN » à l'hémi-hystérectomie.

L'opération de STRASSMANN est intéressante : elle respecte les orifices tubaires; elle supprime seulement la partie de l'utérus qui est de mauvaise qualité, celle où siègent les ruptures; elle tend à rétablir l'axe normal de l'utérus qui sera pourvu de deux ligaments ronds.

Des améliorations techniques ont d'ailleurs été proposées par POLLOSSON et J. MATHIEU. On sait en effet que Strassmann réalisait la résection du mur de refend, en l'abordant par son attache supérieure sur l'utérus grâce à une incision allant d'une corne à l'autre sur la ligne intertubaire. M. POLLOSSON a préconisé une hystérectomie longitudinale. Pour ne pas risquer de prendre les débouchés des trompes dans la suture terminale il a paru préférable à J. MATHIEU de reporter l'incision utérine en avant et de la déplacer vers le bas en abordant la cloison en son milieu. On arriverait ainsi très aisément sur les cavités utérines même lors que les utérus ne sont pas égaux; l'artifice de la dilatation rétrograde aux bougies de Hégard donnant un jour suffisant sur la partie

basse au prix d'une brèche qui n'est pas plus délabrante que celle d'une myomectomie et dont la réparation est facile.

Pourtant il semble que cette technique de « métroplastik» n'ait pas souvent été réalisée en France.

J. Mathieu en a rapporté quatre cas à la Société de Gyn. et Obst. de Lyon en mai 1950, mais il s'agissait d'utérus égaux et accolés. Sur les quatre malades deux avaient consulté pour stérilité et l'une de ces deux dernières a eu ensuite une grossesse et un accouchement normaux.

On peut penser que les utérus doubles que l'on opère ne sont pas précisément ceux chez lesquels l'opération de Strassmann est réalisable. Sans doute cet auteur pensait-il que son opération pourrait s'étendre à presque tous les utérus doubles même ceux qui sont divergents ou inégaux. Il ne le semble pas : en dehors des cas où les utérus sont égaux et accolés par leur face interne, il vaut mieux se contenter d'une hémi-hystérectomie de l'hémi-utérus qui paraît le moins proche de la normale, et si l'autre est assez nettement hypoplasique, il paraît assez irrationnel de vouloir les suturer. De même s'ils sont franchement divergents.

On objectera qu'il est difficile de savoir quel est l'hémi-utérus à conserver. Que d'autre part, en supprimant l'un des hémi-utérus on prive la malade d'une trompe, diminuant d'autant les chances de fécondation.

Mais, avant de se décider on aura évalué les facteurs suivants :

— quel est l'utérus le mieux développé?

— quel est le plus proche de la place normale (afin de conserver celui dont la statique est la meilleure?)

— quel est celui qui communique le mieux avec le vagin?

— Y a-t-il l'un des utérus qui présente des lésions infectieuses associées?

— Existe-t-il de l'endométriose?

Enfin le problème de l'implantation sur l'hémi-utérus conservé de la trompe de l'autre devra être envisagé.

En agissant ainsi, le chirurgien aura diminué les risques de douleur. Il aura conservé tout ce qu'il était possible de conserver de la fonction de reproduction. il l'aura même parfois améliorée : l'utérus conservé se développant après l'opération.

De nombreux auteurs ont en effet signalé l'activité de l'hémi-utérus conservé.

Acosta et Sison rapportent un « travail complètement à terme après une hystérectomie dans un utérus double. (Am. Journal of obst. and gyn. 54 : 1-7-1947, p. 129-131).

Smith et William ont fait une césarienne au 8ème mois chez une opérée dont la moitié utérine gauche avait été supprimée sept ans plus tôt.

Un demi-utérus laissé par Caujoux après une hémi-hystérectomie pour grossesse extra-utérine a donné en quatre ans trois enfants superbes.

C'est aussi le cas de notre observation n° 2.

Si bien que l'on peut se demander si l'hémi-utérus conservé n'a pas une activité physiologique au moins égale à celle de l'utérus plastique.

CONCLUSIONS

Nous avons présenté au début de ce travail trois observations d'utérus doubles.

— L'un réalisant l'utérus didelphe avec aplasie utérine droite presque totale et compliqué de grossesse ectopique droite. Ultérieurement deux grossesses ont évolué à terme sur la moitié utérine gauche.

— L'autre réalisant également l'utérus didelphe et compliqué d'hématométrie.

— Dans la troisième observation la bifidité était localisée au corps utérin; il s'agissait d'un utérus bicorne compliqué de salpingite chez une femme présentant par ailleurs une absence congénitale du vagin.

Nous avons comparé ces observations à différentes publications; cette étude nous a conduit aux conclusions suivantes :

Du point de vue clinique :

Les examens systématiques pour *stérilité* sont souvent à l'origine du diagnostic parce qu'ils sus-

citent une exploration radiologique lipiodolée des voies génitales.

Mais d'une manière générale la bifidité utérine est méconnue parce qu'il s'agit d'une affection rare à laquelle on ne pense pas en présence d'une *dysmenorrhée* ou d'une *tumeur juxta-utérine,* signes d'extériorisation les plus fréquents.

La malformation est donc le plus souvent une surprise opératoire.

Du point de vue obstétrical :

Il faut insister sur l'activité physiologique de l'hémi-utérus qui semble garder toutes les potentialités de l'utérus normal. A ce titre il nous paraît intéressant de signaler l'évolution de deux grossesses menées à terme sur un hémi-utérus aplasique.

Du point de vue opératoire :

Nous avons essayé de faire la critique, d'une part de la méthode conservatrice par plastie utérine et d'autre part de l'hémi-hystérectomie.

D'une manière générale, il semble qu'on puisse réserver la plastie utérine aux malformations isthmiques et sus-isthmiques en l'absence de toute lésion inflammatoire concommitante.

Les autres malformations sont justiciables de l'expectative ou de l'hémi-hystérectomie qui reste l'intervention de choix quant il existe des lésions associées (endométriose, fibrome, grossesse ectopique, etc...)

Cette intervention laisse d'ailleurs toute possibilité de grossesse à condition que l'aplasie n'intéresse pas tout le système génital. La valeur physiologique de l'hémi-utérus est peut-être au moins égale à celle de l'utérus « plastique ».

En réalité il est difficile de poser une règle dogmatique précisant un type d'intervention. Il s'agit de cas d'espèce. L'intervention sera ou mutilante ou plastique. Mais l'indication doit ressortir d'un bilan des malformations.

Le Président de la Thèse :
VIRENQUE

Vu : Le Doyen :
LEFEBVRE

Vu et permis d'imprimer :
Toulouse, le 31 Octobre 1951
Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université,
P. DOTTIN

BIBLIOGRAPHIE

ACOSTA-SISON. — Travail complètement à terme après une hystérectomie dans un double utérus (*Am. Journal of Obst. et Gyn.* 54 : 1-7-1947, p. 129-131).

ADAM G. S. — Prégnancy complicated by a double uterus; a report of two cases (*Med. J. Australia,* 1941, 2: 649).

AUCLAIR S. M. — A propos de la physiopathologie des utérus didelphes (*Sté Médico-Chirurgicale des hôpitaux libres,* 3-10-1946).

ALARANNI R. — Contributo allo studio del didelfismo uterino (*Clin. Obst.* 1940, 42 : 540-6).

AMBRE Ch. — Duplicité utérine et grossesse. Une évolution favorable inattendue (*Sté franç. de Gyn.* 20-2-50).

ARENAS N. et ECHEGARAY. — Hematometria lateral y hematosalpinx de la trompa anexa en un caso de utero doble (*Rev. Méd. lat. Am. B. Airs* 1939-40, 25 : 297-317).

AUGIER H. et PEARSON W. — Pregnancy in bicornate uterus. Case report (*New Eng. J. Med.* 214 : 583-584, 9 mars 1936).

BALAFFITTE. — Contribution à l'étude de la grossesse dans les utérus doubles (*Thèse Paris,* 1939).

BARRETE. — Pregnancy at term in rudimentary horn of bicornate uterus. Internal migration of fertilized ovum (*Texas J. Med,* 33 : 453, 466, oct. 1937).

BECKER J. C. — Pregnancy in binocular uterus (*Nederl. Tidech. V. Verlosk en gyn.* 39 : 116, 119, 1936).

BECKER. — Un cas d'un utérus bicornis unicollis gravides perforatus (*Zentro. F. Gynak. Berlin* n° 27, 5-7-1941).

BOREO E. A. — Parto prematuro destocico en un utero didelphe, operacion de Fono modificado (*Semana Médica Buenos Aires :* 1923, XXX, p. 823).

BORRAS P. E. — Utero doble, vagino doble, embarazo simultaneo. (*Obst. Gyn. Lat.-Amer. Buenos Aires,* 1944 2 : 478-85).

BRAULT F. et BIELONOGOFF S. — Un cas d'utérus double avec grossesses successives dans chaque utérus (*Sté de Gyn. et Obst. de Paris,* 9 janvier 1939. *In bull. de la Sté de Gyn. et Obst. de Paris,* janvier 1939, n° 1, p. 11).

BROCQ. — Grossesse molaire dans un utérus double (*Sté Médicale et Anatomoclinique de Lille,* oct. 1939).

BURTON-BROWN. — Grossesse associée avec un utérus cloisonné, un vagin double et d'autres malformations congénitales (*Journal of Obstetrics and Gynecology of the British Empire,* 55 : 4 août 1948, p. 418).

CAMPY et Levy SOLAL. — Utérus double, accouchement, expulsion d'une caduque par le corps utérin non gravide (*Bull. et mémoires de la Sté Anat. de Paris* 1925).

CAOUETTE J. — Un cas d'utérus double avec grossesse dans chacune des cavités utérines (*Laval Méd.* 1944 9: 711-5).

CERF Norbert. — Dystocie dans les utérus doubles par l'hémi-utérus non gravide prævia.

CHARLES et MAITRE Robert. — Utérus double : 3 grossesses antérieures dans l'hémi-utérus droit. Rupture de l'hémi-utérus gaucho gravide (*Bull. de la Sté de Gyn. et Obst. de Paris,* janvier 1938, p. 103).

CLERC J. P. — Utérus didelphes; 2 grossesses à terme ayant nécessité 2 césariennes (*M. Schr Geburtsh Gyn.* 1945, 120 : 113-21).

CORBERT R. N. — Un cas de grossesse simple chez la femme porteuse d'un utérus double (*Irish Journal of Med. Science Dublin,* 6ème série, n° 24, février 1946, p. 64).

DEBROCHE A. — Contribution à l'étude de la gestation dans les utérus bicornes unicervicaux (*Thèse Paris* 1930).

DELANNOY, DEMAREZ et BEDRINE. — Malformation utérine; hémi-utérus droit en ectopie sous-coccale (*Bull. Sté Gyn. et Obst. de Paris,* 28, n° 1, janvier 1939).

FILHOULAUD H. et ANDRIEUX. — Un cas d'utérus double avec grossesses répétées (*Presse Médicale* n° 18, 25-11-1944; *Sté franç. de Gynécologie,* 20 mars 1944).

FILHOULAUD H. — Dysménorrhée et utérus double (*Ste française de gynécologie,* 6-10-1947).

FREUDEUTHAL P. — Labor in three cases of double vagina and double uterus (*Ogaesk. F. laeger* 100 : 883-886, août, 4-1938).

FULIO«IS H. — Avortement gémellaire dans un utérus double (*Bull. de la Soc. de Gyn. et Obst.* 25: 52, janvier

FUNGLING. — Störung der fortpflanzun gafäbigkeit bei ute- 1936).

rus subseptus (*Zbl gyn* 1943, 67: 1068-71).

GALANG J. S. — Pregnancy on a primipara with uterus didelphis; report of a case (*Month. Bul. Bur. Health, Manila,* 1940, 20 : 167).

GAUJOUS. — Malformations utérines et grossesse (*Sté de Gyn. et Obst. de Montpellier,* 11 juin 1947. *In bul. de gyn. et obst.,* tome 47, n° 6 bis, 1948, p. 1220).

GONZALEZ N. — Matriz double, embarazo, cesarea (*Guana. Méd.* 1942, 2 : n° 8, 1-8).

GUIBAL et LOUYOT. — Rétention menstruelle dans un hémi-utérus (*Soc. de Gyn. et Obst. de Nancy,* 20 fév. 1946. *In Gyn. et Obst.* tome 46, n° 3, 1947).

HAMELIN R. — Contribution à l'étude de la parturition dans les utérus malformes (*Thèse Paris,* 1935).

HARDY J. A. — Pregnancy in uterus didelphis (*Am. Journal Obst.* 1941, 41 : 865-8).

JAYNES. — Grossesse utérine dans un utérus bicorne simulant une grossesse tubaire (*Bull. Sté Gyn. et Obst.,* 22 mars 1933, p. 314-316),

VANDECASTELLE et VERHAEGHE. — Soc. de Gyn. et Obst. fran-

KEEVIL N. L. — Utérus didelphes (*J. Obst. Gyn. Brit. Emp.*

KELLER et SCHMIT5. — Quelques considérations concernant les malformations utérines en rapport avec la grossesse et l'accouchement (*Rev. Gyn. et Obst.* sept. 1937).

LABRY, DUROUX et CHEVALIER. — Opération restauratrice dans un cas d'utérus et vagin double (*Sté de Gyn. et Obst. de Lyon,* 7 mars 1939. *In bull. de l'Ass. des Gyn. et Obst. de langue française,* tome 1, n° 2, 1949, p. 158).

LAFFONT A. et EZES H. — Utérus duplex unicervical (*Sté d'Obst. et de Gyn. d'Alger,* 13 février 1950. *Bull. de de l'Ass. des Gyn. et Obst. de langue française,* tome 2, n° 2, 1950, p. 173).

LE LORIER et MAYER. — Utérus didelphe avec 3 grossesses successives, dont une grossesse double bisutérine, une grossesse ectopique, ablation de l'utérus et de la trompe droite, un accouchhement par le siège avec dystocie par bride vaginale (*Bull. de la Sté d'Obst. et Gyn.,* mars 1937).

LUIKART R. — Technic of successful renoval of septum of uterus septus and subsequent deliveries at terme (*A. M. J. Obst. et Gyn.* 31, 787-803, may 1936).

MANLEY J. R. — Placenta acreta in duplex uterus found at cesarean section (*Minnesota Med.* 1945, 28 : 547-9).

MATHIEU J. — Les douleurs dans les malformations utérines. Le rôle de l'endométriose et ses conséquences thérapeutiques (*Gyn. et Obst.*, tome 47, n° 2, 1948, p. 159).

MATHIEU J. — Quatre opérations de Strassmann pour utérus septus dont une suivie de grossesse avec accouchement à terme par les voies naturelles (*Sté de Gyn. et Obst. de Lyon*, 8 mai 1950. *In bull. de l'Ass. des Gyn. et Obst. de langue franç.*, tome 2, n° 3, 1950, p. 332).

MAUREL. — Stérilité d'un utérus double (*Sté française de Gyn.* 7-10-1946).

MACDONALD R. E. — Utérus didelphys with endometriasis (*Am. J. Obst.* 1943, 45 : 1038-41).

MICHEL M. — Utérus double. Transformation de l'une des moitiés en gros fibrome (*Bull. de Gyn. et Obst.*, tome 47 n° 6, 1948, p. 63).

MOUGENOT, DALSACE et PINSON. — Malformations utérines (*Sté de Gyn. et Obst. de Paris*, 7-11-1949. *In bull. de l'Assoc. des Gyn. et Obst. de langue française*, tom 1, 1949, n° 5, p. 464).

PALMBERG - NYBERG. — La fréquence des malformations de l'utérus et leur relation avec la fertilité et la délivrance (*Nordish Med. Stockolm* vol. 38, fasc. 23).

PAPIKOV. — Full term pregnancy in undevelpped horn of bicornate uterus (*Vrach - dile* 19, p. 315, 1936).

PEREZ, ARENAS et BETTINOTTI. — Utérus bicorne unicervical diagnostiqué au cours de la grossesse (*La presse médicale argentine*, 11 oct. 1939. *In rev. franç. de gyn. et obst.* n° 11-12, novembre-décembre 1941, p. 340).

PARY - MANGE. — Utérus double : corps indépendant, un seul col. Cavité utérine borgne interne à gauche. Grossesse bi-utérine. Rupture utérine de la cavité borgne. Avortement de l'œuf droit (*Journal de Méd. de Bordeaux et du S.-O.* n° 29-30, nov. 1945, p. 531).

PETER R. — Pregnancy in case of double uterus with unilateral unjama (*Casop lek - cesk* 25, 4 décembre 1936, p. 1552).

RAMOS et IMOZ. — La grossesse simultanée dans un utérus

double (*La presse médicale argentine,* 6 janvier 1937, p. 25.

RARINA et SAMIN. — Une complication exceptionnelle au cours d'une grossesse dans un utérus double (*Gyn. et Obst.* t. 44, n° 8, 1944-45, p. 232-34).

RILEY E. A. et LEAHY. — Double pregnancy an fibroids in a duplex uterus; report of a case (*Wisconsin M. J.* 1945, 44 : 421).

RIVIÈRE, CHASBUSSE et SOUCIÈRE. — Utérus bipartites, anomalies de la dilatation de Henriet (*J. de Méd. de Bordeaux,* n° 1, janvier 1948).

Samuel L. SIEGLER. — Adenocarcinoma in one horn of uterus didelphys (*Am. Journ. of obst. and gyn.,* vol. 59, n° 1, p. 162).

SARNOFF J. et SARNOFF S. J. — Surgery of congenital anomalies of the female genitalia; spontane oux pe foration of a double uterus (*J. Intern. coll. Surgeons* 1943, 6 : 44-7).

SMITCH, WILLIAM P. — Cesarean section seven, years after hemihysterectomie in a bicornate uterus (*Am. J. Surg.* 74 : 856, 1947).

SURBLED F. C. — Contribution à l'étude de la grossesse dans les utérus doubles (*Thèse Paris* 1950).

SWINGHEDAUW P. et LEGRAND. — Utérus pseudo-didelphe avec hématométrie unilatérale (*Sté de Gyn. et Obst. de Lille,* 21 janv. 1950. — *In bull. de l'Assoc. des Gyn. et Obst. de langue française,* tome 2, n° 1, 1950, p. 83).

TRILLAT et AMBRE. — Utérus double; dystocie par l'hémi-utérus non gravide. Césarienne itérative (*Bull. de la Sté de Paris,* juillet 1939, n° 7, p. 483).

TYSON T. D. — Grossesse et utérus double (*Am. J. of obstetrics and gyn.* 53, 5 may 1947, p. 869-872).

çaise Lille, janvier 1946 (*In gyn. et obst.,* tome 46, n° 1, 1947, p. 145).

Dép. lég. 4me tr. 51 Aa 109.

Imp. Toulousaine Vve Lion et Fils - 2, rue Romiguières